***All’Ente capofila dell’ATS XVI***

**Unione Montana dei Monti Azzurri**

**Via Trento e Trieste snc**

**62026 San Ginesio (MC)**

# DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Il sottoscritto/a Codice fiscale nato/a a ( ) il residente a ( ) CAP in via n.

Telefono

in qualità di *(barrare la voce che interessa)*:

* persona anziana in situazione di non autosufficienza
* familiare convivente con l’anziano
* tutore/curatore/amministratore di sostegno o caregiver che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana

# presenta domanda per il Servizio di Assistenza Domiciliare - anziani non autosufficienti

per il/la sig./sig.ra

Codice fiscale nato/a a ( ) il residente a ( ) CAP in via n. ,

Telefono

*(indicare solo se diverso dalla residenza)*

domiciliato a ( ) CAP in via

n. , telefono .

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni panali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto DPR, nel caso di dichiarazioni false o comunque non rispondenti al vero, sotto la propria responsabilità:

**DICHIARA**

1. di aver preso visione delle relative linee guida e del relativo contenuto
2. che il beneficiario è residente in uno dei Comuni dell’ATS 16
3. che il beneficiario è domiciliato in uno dei Comuni dell’ATS 16

(o in alternativa indicare il Comune del proprio domicilio confinante con il territorio dell’ATS 16: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

1. Che il beneficiario (come sopra individuato), ha compiuto 65 anni
2. Che la situazione economica del beneficiario, calcolata sull’ISEE ordinario in corso di validità, è di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Che a sostegno del soggetto non autosufficiente (come sopra individuato) sono al momento in atto interventi assistenziali gestiti:
   * **direttamente dal caregiver del soggetto indicare la persona di riferimento:**

Signor/a codice fiscale nato/a a ( ) il residente a

CAP via

n. , telefono

Signor/a codice fiscale nato/a a ( ) il residente a

CAP via

n. , telefono

Signor/a codice fiscale nato/a a ( ) il residente a

CAP via

n. , telefono

* + **da assistenti domiciliari privati in possesso di regolare contratto di lavoro.** Indicare le generalità dell’Assistente familiare:

Signor/a codice fiscale nato/a a

( ) il residente CAP , telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

1. Che il Medico di medicina generale del soggetto non autosufficiente è il Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Di impegnarsi **a versare** all’Unione Montana dei Monti Azzurri di San Ginesio, per l’avvio del Servizio di Assistenza Domiciliare per anziani non autosufficienti, **un deposito cauzionale di €300,00**
3. Di impegnarsi, dopo l’avvio del Servizio di Assistenza Domiciliare, **al pagamento della compartecipazione alla spesa del Servizio su base ISEE ordinario** del nucleo familiare, effettuato direttamente da:

* Anziano beneficiario;
* Caregiver (indicare Nominativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Indirizzo completo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. Di impegnarsi a **comunicare in forma scritta, pena l’interruzione dell’erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare per anziani non autosufficienti nel termine di 30 giorni** e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, **ogni variazione dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda** *(es. ingresso in una struttura residenziale, ricovero temporaneo, decesso, cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio, cambiamento della persona di riferimento, cambiamento dell’assistente familiare, variazioni delle modalità di riscossione del beneficio, ecc*)
2. Di essere consapevole che la dichiarazione ISEE, allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza*.*

**Allega obbligatoriamente alla presente:**

* attestazione ISEE ordinario in corso di validità dell’anziano beneficiario, con inclusa dichiarazione sostitutiva unica delle condizioni economiche;
* copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente e dell’anziano;
* documentazione medica del medico curante
* eventuale copia contratto di assistente privata
* Informativa privacy sottoscritta

Luogo,

Data / / IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

## INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Signore/a,

ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003 Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti al servizio "Servizi sociali" verranno trattati, nei limiti della normativa sulla privacy, unicamente per la corretta esecuzione dei compiti istituzionali attinenti al servizio (prestazioni socio assistenziali),
2. Il trattamento dei dati avverrà presso l’Unione Montana di San Ginesio e l’Ambito Territoriale Sociale 16, quale titolare del trattamento dati, attraverso modalità cartacee e/o informatizzate. I dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza di responsabili ed incaricati di altri soggetti pubblici o incaricati di pubblico servizio, che debbano partecipare al procedimento amministrativo (Servizio protocollo, Ragioneria, AST Regionale di riferimento, Provincia, Regione Marche, Istituti di Credito, ecc.)
3. Il presente trattamento, poiché riguardante dati sensibili, è svolto sulla base delle disposizioni normative regionali e nazionali relative agli anziani non autosufficienti;
4. Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo, e poter accedere ai benefici di cui alla D.G.R. Marche n. 985 del 15 giugno 2009. L'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta quindi l'impossibilità di beneficiare della prestazione finale prevista.
5. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Comune/ Unione Montana, titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Codice della privacy, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.
6. L’avvio del procedimento decorre dalla data di presentazione della domanda. I termini di conclusione del procedimento sono indicati in 180 giorni dalla data di erogazione all’ATS 16 del contributo regionale.

## CONSENSO AL TRATTAMENTO

Il sottoscritto, preso visione dell’informativa sopra riportata, esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali ai fini del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del D.lgs 196/03.

Data IL DICHIARANTE